

**DEMANDE DE TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION
MAÎTRES DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS SOUS CONTRAT DU 2ND DEGRÉ**

NOM D'USAGE PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

GRADE DISCIPLINE

ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION ACTUEL :

☐ 1^{ère} demande ☐ Renouvellement Quotité de service actuelle %
☐ Retraite progressive

QUOTITÉ DE TRAVAIL choisie doit être comprise entre **50% et 90%** de l'ORS

(y compris pondérations et réductions de service)

.....H

Pour information, si ORS égal à

**Le nombre d'heures hebdomadaires
doit être compris entre**

15 H →

8 et 13 H

18 H →

9 et 16H

20 H →

10 et 18 H

36 H →

18 et 32 H

39 H →

20 et 35 H

Si plusieurs affectations, préciser la ventilation des heures par établissement :

QUOTITÉ DE TRAVAIL ANNUALISÉE (le cas échéant)

PÉRIODE TRAVAILLÉE	NOMBRE DE SEMAINES	NOMBRES D'HEURES HEBDOMADAIRES
DU..... AU.....		
DU..... AU.....		
TOTAL		

Si espace non suffisant, utiliser une feuille libre

Congés scolaires (à préciser uniquement si différents du calendrier officiel) :

Du.....au..... Du.....au.....

Du.....au..... Du.....au.....

Je m'engage à n'exercer aucune autre activité rémunérée pendant la période non travaillée du temps partiel annualisé.

Fait à le.....

Signature de l'intéressé(e)

AVIS DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT :

(tout avis défavorable sera motivé)

☐ **AVIS FAVORABLE**

☐ **AVIS DÉFAVORABLE**

Fait à le.....

Signature et cachet du chef d'établissement

AVIS DE L'AUTORITÉ ACADÉMIQUE :

(tout avis défavorable sera motivé)

☐ **AVIS FAVORABLE**

☐ **AVIS DÉFAVORABLE**

Fait à le.....

Signature et cachet de l'autorité académique